

*Année 1939*

# THÈSE

904

POUR LE

## DOCTORAT EN MÉDECINE

*(Diplôme d'Etat)*

PRÉSENTÉE PAR

Dr **Michel LANVIN**

ANCIEN EXTÈRNE EN PREMIER DES HOPITAUX DE PARIS

NÉ LE 2 AOUT 1912, A COLOMBES (*Seine*)

---

Des Ruptures utérines au cours du travail  
à la Maternité de Beaujon-Clichy,  
dans les cinq dernières années

---

PRÉSIDENT : M. COUVELAIRE, *Professeur.*



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

*Année 1939*

# THÈSE

POUR LE

## DOCTORAT EN MÉDECINE

*(Diplôme d'Etat)*

PRÉSENTÉE PAR

Dr **Michel LANVIN**

· ANCIEN EXTERNE EN PREMIER DES HOPITAUX DE PARIS

NÉ LE 2 AOÛT 1912, A COLOMBES (*Seine*)

---

Des Ruptures utérines au cours du travail  
à la Maternité de Beaujon-Clichy,  
dans les cinq dernières années

---

PRÉSIDENT : M. COUVELAIRE, *Professeur.*

# LE DOYEN ..... TIFFENEAU

## I. — PROFESSEURS

|                                                                     | MM.               |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Anatomie .....                                                      | ROUVIÈRE          |
| Physiologie .....                                                   | Léon BINET        |
| Physique médicale .....                                             | STROHL            |
| Chimie médicale .....                                               | POLONOVSKI        |
| Bactériologie .....                                                 | Robert DEBRÉ      |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale .....                  | BRUMPT            |
| Pathologie et thérapeutique générales .....                         | BAUDOUIN          |
| Pathologie médicale .....                                           | ABRAMI            |
| Pathologie chirurgicale .....                                       | MONDOR            |
| Anatomie pathologique .....                                         | LEROUX            |
| Histologie .....                                                    | CHAMPY            |
| Pharmacologie et matière médicale .....                             | TIFFENEAU         |
| Thérapeutique .....                                                 | HARVIER           |
| Hygiène et médecine préventive .....                                | TANON             |
| Médecine légale .....                                               | BALTHAZARD        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie .....                    | LAIGNEL-LAVASTINE |
| Pathologie expérimentale et comparée .....                          | FIESSINGER        |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie .....                      | CHIRAY            |
| Clinique médicale .....                                             | LOEPER            |
|                                                                     | CARNOT            |
|                                                                     | CLERC             |
| Hygiène et clinique de la première enfance .....                    | MARCEL LABBÉ      |
|                                                                     | LEREBoullet       |
| Clinique des maladies des enfants .....                             | NOBÉCOURT         |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..... | H. CLAUDE         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ....                | GOUGEROT          |
| Clinique des maladies du système nerveux .....                      | GUILLAIN          |
| Clinique des maladies infectieuses .....                            | LEMIERRE          |
| Clinique chirurgicale .....                                         | CUNÉO             |
|                                                                     | GOSSET            |
|                                                                     | GRÉGOIRE          |
| Clinique ophtalmologique .....                                      | LENORMANT         |
| Clinique urologique .....                                           | TERRIEN           |
| Clinique d'accouchements .....                                      | CHEVASSU          |
|                                                                     | COUVELAIRE        |
|                                                                     | JEANNIN           |
| Clinique gynécologique .....                                        | LÉVY-SOLAL        |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie .....                 | MOCQUOT           |
|                                                                     | OMBRÉDANNE        |



|                                                      |                |
|------------------------------------------------------|----------------|
| Clinique thérapeutique médicale .....                | RATHERY        |
| Clinique oto-rhino-laryngologique .....              | LEMAITRE       |
| Clinique thérapeutique chirurgicale .....            | PIERRE DUVAL   |
| Clinique propédeutique .....                         | M. VILLARET    |
| Clinique de la Tuberculose .....                     | TROISIER       |
| Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte ..... | MATHIEU        |
| Clinique de cardiologie .....                        | LAUBRY         |
| Clinique de neuro-chirurgie .....                    | CLOVIS VINCENT |
| Assistance Médico-sociale .....                      | N...           |
|                                                      | HAZARD         |
|                                                      | HOVELACQUE     |
| Professeurs sans chaire .....                        | MULON          |
|                                                      | OLIVIER        |
|                                                      | SANNIÉ         |
|                                                      | VERNE          |

## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

### MM.

AMELINE ... Pathologie chirurgicale  
BARIÉTY .. Pathologie médicale  
BÉNARD (H.) . Pathologie médicale  
BERNARD (É.) Pathologie médicale  
BESANÇON (J.) Hydrologie  
BOULIN .... Pathologie médicale  
BULLIARD .. Histologie  
CATHALA ... Pathologie médicale  
CHEVALLIER Pathologie médicale  
COSTE ..... Pathologie médicale  
DOGNON .... Physique  
FEY ..... Urologie  
FUNCK ..... Pathologie chirurgicale  
GALLIARD .. Parasitologie  
GASTINEL . Bactériologie  
DE GAUDART D'ALLAINES .....  
Pathologie chirurgicale  
GAYET ..... Physiologie  
DE GENNES . Pathologie médicale  
GIROUD ..... Histologie  
HAGUENAU Pathologie médicale  
HALPHEN ... Oto-rhino-laryngologie  
HUGUENIN . Anatomie pathologique  
JOANNON ... Hygiène  
LACOMME .. Obstétrique

### MM.

LANTUÉJOUL Obstétrique  
LAROCHE (G.) Pathologie médicale  
LAVIER ..... Parasitologie  
LELONG ... Pathologie médicale  
LEMAIRE ... Pathologie expérimentale.  
LEVEUF ..... Pathologie chirurgicale  
M<sup>lle</sup> J. LÉVY . Pharmacologie  
LÉVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie  
MÉNÉGAUX Pathologie chirurgicale  
MOLLARET .. Pathologie médicale  
MOREAU .... Pathologie médicale  
MOULONGUET Pathologie chirurgicale  
MOUQUIN ... Pathologie médicale  
PETIT-DUTALLIS .... Pathologie chirurgicale  
PIÉDELIÈVRE Médecine légale  
PORTES .... Obstétrique  
RENARD .... Ophtalmologie  
RICHET .... Physiologie  
SÉNÈQUE ... Pathologie chirurgicale  
TURPIN .... Pathologie médicale  
VIGNES ..... Obstétrique  
WILMOTH .. Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPIELÉS A L'EXERCICE  
pour le service des examens

| MM.              |                            | MM.              |                         |
|------------------|----------------------------|------------------|-------------------------|
| ALGLAVE ...      | Pathologie chirurgicale    | LARDENNOIS       | Pathologie chirurgicale |
| BUSQUET ...      | Pharmacologie              | LE LORIER .      | Obstétrique             |
| CHAILLEY-BERT .. | Physiologie                | NEVEU-LEMAIRE .. | Parasitologie           |
| GUÉNOT ....      | Obstétrique                | SCHWARTZ ..      | Pathologie chirurgicale |
| HEITZ-BOYER ..   | Pathologie<br>chirurgicale | VAUDESCAL .      | Obstétrique             |

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE  
à titre permanent

| MM.                       |                     | MM.       |                         |
|---------------------------|---------------------|-----------|-------------------------|
| ALAJOUANINE               | { Clinique médicale | BASSET    | { Clinique chirurgicale |
| AUBERTIN                  |                     | BROCQ     |                         |
| BRULÉ                     |                     | CADENAT   |                         |
| CHABROL                   |                     | GATELLIER |                         |
| DONZELOT                  |                     | MOURE     |                         |
| DUVOIR                    |                     | QUENU     |                         |
| LIAN                      |                     | VELTER    |                         |
| PASTEUR-<br>VALLERY-RADOT |                     |           |                         |
| SÉZARY                    |                     |           |                         |

| MM.     |                         |
|---------|-------------------------|
| ECALLE  | { Clinique obstétricale |
| METZGER |                         |

V. — CHARGÉS DE COURS

| MM.                         |                     |
|-----------------------------|---------------------|
| CHAILLEY-BERT, Agrégé ..... | Éducation physique  |
| LEDOUX-LEBARD .....         | Radiologie clinique |
| RUPPE .....                 | Stomatologie        |
| WEIL-HALLÉ .....            | Puériculture        |

*A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE*

*A MON PÈRE*

*A MA FEMME*

*A MA SŒUR*

*A MON FRÈRE*

*A TOUS MES AMIS*



A M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE

*Avec tous mes remerciements pour avoir bien voulu  
me faire le grand honneur de présider cette thèse.*

---

A M. LE DOCTEUR LOUIS DEVRAIGNE

*Médecin Accoucheur de l'Hôpital Lariboisière.*

*Qui m'a inspiré et guidé dans ce travail. En témoignage  
de ma grande reconnaissance pour toutes les facilités qu'il m'a  
accordées dans cet ouvrage.*

---

A M. LE PROFESSEUR CHARLES RICHET

*Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris  
Médecin de l'Hôpital Nouveau Beaujon*

*En reconnaissance des nombreux conseils qu'il a bien  
voulu me prodiguer tout au cours de mes études.*



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

*Stage*

M. le Professeur BEZANÇON

M. le Professeur GRÉGOIRE

M. le Docteur BRÉCHOT

M. le Professeur Agrégé RICHET

*Externat*

M. le Professeur GOSSET

M. le Professeur Agrégé RICHET

M. le Professeur Agrégé DE GENNES

*Externat en premier*

M. le Docteur ROUHIER

M. le Professeur Agrégé LARDENNOIS

## INTRODUCTION

Par la gravité de son pronostic vital, tant pour la mère que pour l'enfant, la rupture utérine réalise une complication majeure lors de l'accouchement.

Si des statistiques récentes ont pu donner une proportion de 1,6 à 2 pour 3.000, nous n'en avons retrouvé qu'un seul cas diagnostiqué et opéré à la maternité de Beaujon pour 1.698 accouchements en 1935 ; 2.228 en 1936 ; 2.155 en 1937 ; 2.241 en 1938 ; et 1.654 dans les neuf premiers mois de 1939.

Si donc cette complication peut paraître à l'heure actuelle moins fréquente, il semble qu'il faille attribuer cette diminution aux heureux effets des consultations pré-natales, encore que les statistiques puissent être faussées, nombre de ruptures utérines pouvant rester ignorées et passer sous la rubrique de femmes mortes en couches.

Les ruptures utérines peuvent être produites au cours même de la gestation, qu'il s'agisse de plaies perforantes accidentelles, criminelles, ou opératoires ; mais nous retiendrons surtout les ruptures utérines au cours du travail, et parmi celles-ci, surtout les formes insidieuses que le praticien doit bien connaître afin de tâcher d'y parer par une intervention rapide.

Quant à la rupture aiguë et brutale au cours du travail, du fait même de la variété de ses symptômes, elle peut être d'un diagnostic délicat.

---

## RAPPEL ANATOMO PHYSIOLOGIQUE

Nous rappellerons que l'utérus dans le dernier tiers de sa gestation subit des modifications importantes dans ses dimensions et sa structure, les fibres musculaires par hyperplasie et hypertrophie en augmentent considérablement le volume ; mais alors qu'en haut c'est la paroi postérieure qui présente le maximum d'ampliation, en bas c'est la paroi antérieure qui se développe le plus.

Le segment inférieur distendu à la fin de la gestation s'amincit et se développe davantage pendant le travail par l'effacement et la dilatation du col jusqu'à former le canal cervico-segmentaire de Demelin.

Rappelons encore que l'utérus gravide se contracte jusqu'à former un globe dur et non douloureux, l'utérus se redressant alors devenant plus saillant, s'allongeant et s'amincissant.

Ces contractions tirent sur le col pour en faire l'effacement puis la dilatation.

Au cours du travail, cette meiopragie sera plus ou moins vite mise en valeur s'il existe un obstacle à l'engagement, obstacle pouvant tenir tant à la mère qu'à l'enfant, comme c'est le segment inférieur qui supportera le maximum de tension, il finira par se rompre après une période prémonitoire.

On conçoit donc que ce sera là le point faible plus particulièrement exposé à la rupture. Nous envisagerons maintenant les causes qui favorisent cette rupture.

---

## ÉTIOLOGIE

Sans reprendre par le détail tous les éléments dystociques de cette rupture, il faut penser à la possibilité de rupture chaque fois qu'il y aura un obstacle à l'engagement de la présentation ou à la dilatation du col, c'est ainsi que tous les bassins viciés au détroit supérieur, les tumeurs intrinsèques, les tumeurs extrinsèques peuvent être la cause de rupture. Quant aux rétrécissements du détroit moyen et du détroit inférieur, ils exposent moins aux ruptures puisqu'ils permettent l'engagement de la présentation. Rappelons enfin qu'une inclinaison ou une torsion exagérée de l'utérus peut être cause de rupture. Mais néanmoins, comme nous le reverrons, la plupart de ces causes de dystocie peuvent et doivent être diagnostiquées par le praticien au cours de la gestation objectivant la nécessité et les bienfaits de l'examen pré-natal des femmes enceintes. C'est toujours dans ce même but que la recherche des antécédents physiologiques pathologiques et obstétricaux des femmes enceintes prend toute sa valeur. Telle la notion d'une métrite du postpartum ou du postabortum, des lésions inflammatoires des annexes ou des troubles circulatoires pelviens qui par leurs adhérences peuvent entraîner des déviations de l'uterus.

Nous ferons une place à part au curettage qui, lorsqu'il est un peu trop appuyé, peut enlever des copeaux de caduque et de musculéuse et en faire résulter des cicatrices fibreuses qui pourront un jour éclater sous l'influence d'une pression trop forte.

Du côté du fœtus, une grossesse gemellaire avec hydramnios, un gros fœtus, un hydrocephale tête première ou tête dernière des procidences ou attitudes vicieuses des membres, enfin une présentation transversale, sont des causes favorisantes à la rupture.

Toutes ces causes spontanées peuvent produire une rupture utérine ; c'est dire encore une fois la nécessité de bien les connaître avant d'aller faire une injection de lobe postérieur d'hypophyse qui créerait des dégâts que l'on aurait pu et dû éviter.

A côté de ces causes spontanées, il existe un certain nombre de causes dites traumatiques pouvant se produire lorsqu'on aura en

vue de terminer un accouchement dystocique, telle la main qui va à la recherche d'un membre inférieur ou rétropulsant un membre supérieur procident ou encore par une application de forceps avec un col incomplètement dilaté.

Enfin, il faut rappeler les ruptures lors d'une version par manœuvres internes.

Dans tous ces cas, la rupture se fait sur le segment inférieur, mais il faut faire une place à part aux ruptures pendant le travail sur un utérus antérieurement césarisé.

Nombreux sont les auteurs qui ont décrit des cas analogues de ruptures pendant le travail. C'est ce qui a pu pousser certains opérateurs à pratiquer de plus en plus la césarienne basse sur une zone non contractile du segment inférieur.

En résumé, nous retiendrons deux ordres essentiels d'étiologie aux ruptures utérines.

Les unes, étant de cause maternelle ou fœatale, mais pouvant et devant être diagnostiquées pendant la période de gestation par un interrogatoire minutieux, un examen systématique des femmes enceintes, à la recherche justement de tout élément de dystocie. C'est donc insister encore une fois sur l'intérêt des consultations pré-natales.

Les autres, apparaissant par causes fortuites lors de l'accouchement, mais, où encore, la prudence et l'abstention de manœuvres brutales ou intempestives pourront limiter le nombre de cette redoutable complication.

---

## ÉTUDE CLINIQUE

Nous envisagerons maintenant comment peut se manifester une rupture utérine et nous rappellerons à ce propos l'observation d'une malade ayant présenté une rupture utérine à la Maternité de Beaujon-Clichy.

Le tableau clinique peut en être différent suivant qu'il s'agit de rupture basse segmentaire ou haute corporéale. La rupture basse étant de beaucoup la plus fréquente ; c'est celle que nous envisagerons tout d'abord.

Il peut y avoir des signes précurseurs importants à connaître, car ce sont eux qui peuvent mettre en garde le clinicien averti du danger qui se prépare : une présentation de l'épaule, un bassin légèrement rétréci sans présentation engagée, une poche des eaux rompue, dès les premières heures.

L'utérus prend alors une forme caractéristique. Le segment inférieur très distendu est séparé du corps globuleux par un anneau d'étranglement, donnant ainsi un aspect de sablier. Dans certains cas, une simple dépression latérale avec inclinaison latérale du corps a la même valeur.

Parallèlement, on peut sentir les cordes tendues des ligaments ronds, mais cette période pré-monitoire peut manquer et la rupture peut se faire beaucoup plus rapidement même avec une poche des eaux intacte. De même, si la rupture se fait lors d'une opération intempestive avec col incomplètement dilaté.

La femme ressent brutalement une douleur diffuse à tout l'abdomen, beaucoup plus brutale que toutes les autres, véritable impression de déchirure intérieure avec sensation de liquide chaud se répandant à l'intérieur. Cette douleur peut s'accompagner de syncopes, sinon la douleur peut faire place à une accalmie complète mais, oh ! combien trompeuse.

L'aspect de la femme est assez caractéristique, le faciès est pâle, le nez pincé, les yeux excavés, le pouls petit, filant, les extrémités froides, la respiration rapide et superficielle, tous signes qui viennent traduire le shock intense.

La palpation extrêmement douloureuse va apporter des arguments intéressants ; et si le fœtus a quitté la cavité utérine, il semble plus superficiel et plus allongé ; d'autre part le pôle que l'on sentait au détroit supérieur n'y est plus et on peut sentir à côté de lui le corps utérin plus ou moins vide sous forme d'une tumeur dure et douloureuse. Mais si le fœtus est resté en totalité ou en partie dans la cavité utérine, le diagnostic est beaucoup plus difficile ; on notera cependant la présence d'une masse résistante suspubienne. Enfin, pour Tarnier, la présence à la vulve de sang poisseux serait un signe pathognomonique ; mais il faut savoir que l'hémorragie externe est rarement abondante. Enfin au toucher, il est rare de pouvoir atteindre la tête à bout de doigt, mais par contre sous anesthésie, on peut tomber sur la déchirure.

Dans d'autres cas, tout se résume à un syndrome d'hémorragie interne très important de pronostic extrêmement grave.

Seule, une apoplexie utero-placentaire pourrait donner un tableau à peu près analogue, mais les commémoratifs l'aspect de l'utérus régulier plus volumineux et douloureux rectifient le diagnostic.

A l'opposé de ce tableau schématique et symptomatique, il faut faire une place aux ruptures spontanées insidieuses. Celles-ci peuvent se faire avant le travail ou tout au début de celui-ci. Ici, pas de période prodromique si caractéristique des ruptures dramatiques mais à la suite d'un effort, la femme accuse des douleurs abdominales vagues, sans localisation précise, en même temps que s'installe un malaise général grave parfois une syncope. Les signes d'hémorragie interne peuvent manquer, les signes physiques eux-mêmes peuvent prêter à erreur. Mais des signes de shock croissant peuvent pousser à l'intervention, rectifier le diagnostic et sauver ces femmes d'une péritonite redoutable.

---

## OBSERVATIONS

A l'appui de ces faits, nous rappellerons le cas observé dans le service de la maternité de Beaujon, le 29 août 1938.

Mme V... , âgée de 30 ans, entre dans le service le 29 août 1938. Dans ses antécédants héréditaires, on relève un père bien portant, une mère morte en couches, trois frères dont un décédé en bas âge.

Les antécédents physiologiques nous apprennent qu'elle est née au terme de sept mois, qu'elle a toujours bien marché, qu'elle a été réglée à l'âge de quinze ans, ses règles étant régulières, abondantes, douloureuses, durant de quatre à cinq jours. Elle ne présente pas d'antécédents pathologiques n'ayant jamais été malade.

Dans ses antécédents obstétricaux, on relève une première grossesse en 1926, avec avortement au terme de cinq mois, suivi de curetage. Les suites de couche furent normales.

Une deuxième grossesse en 1928, avec accouchement à terme : application de forceps : naissance d'un enfant mort-né. Ici encore les suites de couche furent normales.

Enfin la grossesse actuelle ; les dernières règles normales sont du 6 au 11 novembre. Les urines sont normales. Le Bordet-Wassermann est négatif. Le début de la grossesse fut normal, entrecoupé seulement de nausées abondantes.

La femme a consulté plusieurs fois au cours de sa grossesse ; la première fois le 31 janvier 1938. On a constaté un utérus gravide de trois mois et demi. Le toucher vaginal est normal. Au sixième mois, les bruits du cœur sont perçus, le toucher vaginal montre un col très mou à orifice externe perméable. A six mois et demi, la tête est en haut et à droite ; les bruits du cœur et le dos à droite ; le toucher vaginal est normal. A sept mois et demi, la tête est en haut, le dos est à gauche, on fait une tentative de version par manœuvre externe qui échoue.

Mais le 18 juillet, 1938, la tête est en bas mobile, le dos à droite. Le toucher vaginal est normal. Enfin, le 19 août 1938, la grossesse est près du terme, la tête est en bas et mobile, le dos à droite, les bruits du cœur normaux.

Le travail débute le 28 août, et la femme entre à la salle de travail le 29 août, à 1 h. 45.

L'examen de la malade à l'entrée montre alors un utérus tendu, présentant un excès de liquide ; la tête est en bas, non engagée, le dos est à gauche, les bruits du cœur sont normaux. Le toucher vaginal montre une dilatation d'une petite paume ; la poche des eaux est volumineuse ; la température est à 36°9 ; les urines sont normales.

A 2 h. 15, rupture des membranes, et écoulement abondant d'un liquide teinté. Les bruits du cœur sont bons. La tête n'est pas engagée ; on a une dilatation d'une petite paume.

A 6 h. 30, la tête plonge bien ; on a une dilatation d'une grande paume, les bruits du cœur sont bons.

A 8 h. 45, on a une dilatation entre grande paume et dilatation complète ; la tête plonge bien ; les bruits du cœur sont bons, mais malgré les efforts expulsifs de la femme, la présentation ne semble pas progresser vite. Les bruits du cœur, comptés en dehors de toute contraction, sont bien frappés à 132.

A 9 heures, la tête est fixée à la partie haute de l'excavation ; dilatation d'une grande paume.

Vers 11 h. 30, on assiste à une modification des bruits du cœur, qui sont arythmiques et ralents. On fait un essai d'application de forceps Tarnier, par deux fois, mais impossible à réaliser. La femme fait alors une syncope sous l'anesthésie.

A 14 heures, on note trois ou quatre petites contractions utérines très douloureuses, par poussées de dix secondes toutes les minutes. La femme présente alors une respiration accélérée, le pouls est à 120, la température est à 37°9. Et la femme est ainsi suivie, d'heure en heure, jusqu'à la vingtième heure environ.

A la vingtième heure, on fait une tentative de forceps à la partie haute de l'excavation, suivie d'échec et de mort de l'enfant. On pratique alors une basiotripsie, après extraction de l'enfant. La vérification, sous le contrôle de valves, montre l'intégrité du col mais le toucher manuel indique l'existence d'une brèche utérine rétro-vésicale, occupant tout le segment inférieur. Il s'agit d'une rupture par éclatement du segment inférieur. On pratique alors une laparotomie immédiate. On trouve un volumineux hématome. On fait une hys-

terectomie avec drainage par Mickulicz. Fermeture au fils de bronze. Transfusion post opératoire de 800 cc. Guérison.

En conclusion, cette observation est doublement intéressante parce que d'une part elle montre que la rupture utérine est survenue chez une femme ayant présenté un passé obstétrical, chargé avec une première grossesse interrompue au cinquième mois avec curetage ; une seconde grossesse menée à terme, mais ayant nécessité à l'application de forceps et ayant abouti à la naissance d'un enfant mort-né. D'autre part, elle a montré l'insidiosité de l'installation de la rupture utérine.

Nous rappellerons maintenant une autre observation mise aimablement à notre disposition par le Docteur Devraigne, observation qui, si elle n'a pas été faite à Beaujon, n'en vient pas moins à l'appui de notre thèse pour montrer le rôle que peut jouer le curetage dans la genèse de ruptures utérines au cours du travail.

Cette observation a été rapportée par MM. Devraigne et Lepage, dans le *Bulletin de la Société de gynécologie et d'obstétrique de Paris*, en mars 1939.

Il s'agit d'une femme enceinte pour la sixième fois. Elle a eu une première gestation en 1927, avec accouchement aux forceps. Une deuxième gestation en 1928, avec accouchement à terme. Une troisième gestation en 1929, avec avortement spontané à six semaines. Une quatrième gestation en 1929, avec accouchement spontané. Une cinquième gestation en 1937, interrompue par avortement provoqué par injection intra-utérine d'eau bouillie et de vinaigre, suivie d'un curetage pour rétention placentaire sans anesthésie.

Le post abortum a été marqué par des frissons, de la fièvre, des pertes. Enfin, une sixième gestation, au huitième mois ; les dernières règles sont du 25 avril 1938. Le travail commence le 15 janvier 1939, à 3 heures du matin. Vers 8 heures, douleurs très intenses subintrantes accompagnées d'une légère hémorragie externe. A 10 h. 20, vertiges et syncope. Disparition des bruits du cœur. Signes d'hémorragie interne.

Le médecin traitant précise :

Que la présentation était une céphalique. Que le col était complètement effacé. Qu'il n'y a pas eu d'injection d'hypophyse. La malade est admise à midi 45 à la Maternité de Lariboisière. Elle est pâle, présentant un état syncopal, un pouls à 140, une tention arté-

rielle à 8-4. Le fœtus est facilement perçu au palper. Il occupe une situation élevée ; le siège est dans l'hypochondre gauche, la tête dans la région ombilicale. On note une matité importante dans les flancs.

Par le toucher combiné au palper, on perçoit au-dessus d'un col largement déhiscent au niveau duquel on atteint les membranes, une masse suspubienne qui paraît être l'utérus. On note en outre une hémorragie externe discrète. Bassin-promontoire accessible à 10 centimètres 4. Intervention immédiate.

A l'ouverture, on trouve une grande quantité de sang épanché dans le péritoine. Le fœtus est libre dans l'abdomen, il est mort pesant 2.730 grammes, le placenta de 500 grammes, est également expulsé.

Sur l'utérus rétracté existe une brèche postérieure et médiane partant du fond, s'étendant jusqu'au voisinage de l'orifice interne. On note en outre deux adhérences d'aspect ancien.

Hystérectomie supra-vaginale. Transfusion. Guérison.

L'examen histologique montre des muscles uniformément atrophiés du tissu conjonctif interfibrillaire œdématisé. En certains points, quelques infiltrations fibrineuses et polynuclées.

Ici encore, il faut rapporter cette rupture utérine au curettage que cette malade a subi lors de son avortement provoqué.

Ainsi donc.

---

## CONCLUSION

1<sup>o</sup> A la rareté des ruptures utérines dans les maternités, puisque sur plus de neuf mille accouchements pratiqués à la maternité de Beaujon, nous n'en trouvons qu'un seul cas diagnostiqué et opéré ;

2<sup>o</sup> au rôle que peut jouer le curettage dans l'étiologie de ces ruptures utérines ;

3<sup>o</sup> aux bienfaits des consultations pré-natales dans les maternités qui permettent la surveillance des femmes enceintes, mais qui ne sont malheureusement pas suivies encore assez régulièrement par celles-ci.

---

*Vu*

Le Doyen

TIFFENEAU

*Vu*

Le Président de la Thèse

COUVELAIRE

*Vu et permis d'imprimer*

Le Recteur de l'Académie de Paris

ROUSSY



